

**PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA PARA CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP) Para hijos propios/niños residentes/niños de crianza del proveedor
CARTA PARA EL PROVEEDOR (Para proveedores elegibles del censo/datos escolares) (PROVIDER LETTER) (For Provider's Own) – FFY 2022 Rev. 6/21**

Esta Carta para el Proveedor y el formulario de Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (HSIS) debe entregarse a todos los proveedores de hogar elegibles del área que quieran presentar a sus propios hijos, otros niños residentes o niños de acogida residentes para el reembolso de comidas.

Estimado proveedor:

Para establecer la elegibilidad para solicitar reembolso para sus propios hijos, otros niños residentes y/o niños de crianza residentes según el CACFP, usted debe completar y entregar el formulario adjunto de Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (HSIS) en nuestra oficina. Una vez que se aprueba debidamente que usted es elegible para reclamar los niños residentes, seguirá siendo elegible para presentarlos por un periodo que no superará los 12 meses, independientemente de cualquier cambio en el tamaño y/o ingreso del grupo familiar o la terminación de los programas de beneficios durante este periodo de 12 meses. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial en nuestros archivos.

No está obligado a completar este HSIS si nadie en su grupo familiar recibe beneficios de FoodShare WI (el programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)), FDIPIR (Programa de distribución de alimentos a reservas indígenas) o el programa de asistencia en efectivo Wisconsin Works Cash Assistance Program y su ingreso de grupo familiar es superior al monto indicado para su tamaño de grupo familiar en la tabla de abajo.

Determinación de la elegibilidad basada en la participación en programas de beneficios → Complete la Parte 1 y la Parte 3 de este formulario HSIS

Nuestra agencia recibe la tasa de reembolso de comida Gratuita para los niños en grupos familiares que reciben beneficios de FoodShare WI, FDIPIR o WI Works Cash Assistance.

Wisconsin Works Cash Assistance es el programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) de Wisconsin. **Este programa entrega temporalmente asistencia en efectivo a través de colocación en un empleo y programas de capacitación y NO ES el programa de subsidio de cuidado para niños Wisconsin Shares.** Los programas de asistencia en efectivo WI Works Cash Assistance incluyen el programa de colocación en empleo de prueba (Trial Employment Match Program, TEMP), trabajos de servicio comunitario (Community Service Jobs, CSJ), transiciones (W-2 Transitions, W-2T), padre custodio de un infante (Custodial Parent of an Infant, CMC), Servicios para padres menores (Minor Parents Services), Padres sin custodia (Noncustodial Parents), y Mujeres embarazadas (Pregnant Women).

Debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de FoodShare WI, FDIPIR, WI Works Cash Assistance:

- (a) Los nombres de sus hijos inscritos;
- (b) Casilla marcada para el beneficio que recibe su grupo familiar y su **número de caso**; y
- (c) La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma;
 - **NO incluya los números de caso para:** Medicaid, SSI, O Wisconsin Child Care Subsidy program Y
 - **NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos (Emplea con 5077) para FoodShare WI**

Determinación de elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar → Complete la Parte 2 y la Parte 3 de este formulario HSIS

Escala de ingresos del tamaño del grupo familiar (Efectiva desde el 1º de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022)

Tamaño del grupo familiar	Nivel de ingreso anual (igual o menor)
1	\$ 23,828
2	\$ 32,227
3	\$ 40,626
4	\$ 49,025
5	\$ 57,424
6	\$ 65,823
7	\$ 74,222
8	\$ 82,621
Por cada miembro adicional del grupo familiar, añadida:	+ \$ 8,399

Si su grupo familiar gana un ingreso total que es inferior o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, nosotros recibiremos las tasas más altas de reembolso de comida (*tasa de comida "Gratuita" o "A precio reducido"*) para sus hijos. **Para determinar la elegibilidad basada en el tamaño e ingresos del grupo familiar, debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-e):**

- (a) Los nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que comparten los ingresos y los gastos, incluidos hijos, padres y personas sin parentesco;
 - (b) Ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar identificado por la fuente del ingreso y su frecuencia de pago;
 - (c) Número total de miembros del grupo familiar;
 - (d) La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma; y
 - (e) Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el HSIS o una indicación de que él/ella no tiene número de seguro social.
- No se exige la divulgación de la ciudadanía de los Estados Unidos o de la situación migratoria y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comida más altas.

Elegibilidades de niños de crianza, jóvenes fugados de casa, niños sin hogar y niños migrantes y niños inscritos en Head Start: Nuestra agencia recibirá la tasa de reembolso de comida Gratuita para los niños de crianza, fugados de su hogar, sin hogar y migrantes y los niños inscritos en Head Start que residan en su grupo familiar, **cuando proporcione la documentación respectiva enumerada abajo.**

Se requiere la documentación respectiva para que esos niños sean elegibles para Comidas gratuitas: Por favor tenga en cuenta: **La elegibilidad de esos niños para recibir comidas gratuitas no se extenderá a los otros niños en su grupo familiar.**

- **Niños de crianza:** Su HSIS completado con la casilla marcada "Niño de crianza" junto a los nombres de sus niños de crianza. Cuando los incluya en su HSIS completado para sus hijos no de crianza, cualquier ingreso reportado para sus hijos de crianza solo debe ser para su uso personal. Entonces sus hijos de crianza serán elegibles para la tasa de comida "Gratuita". Las elegibilidades de sus hijos no de crianza se basarán en la información de beneficios o ingresos proporcionada en su formulario HSIS completado para su grupo familiar.
- **Niños inscritos en Head Start:** Certificación escrita del periodo de elegibilidad de inscripción en Head Start del niño emitida por la agencia que administra el programa Head Start.
- **Niños fugados, sin hogar y migrantes:** Certificación escrita de la situación del niño emitida por un funcionario apropiado de un programa para jóvenes fugados y sin hogar, programa de educación para migrantes o funcionario escolar.

Declaración sobre uso de información: La ley nacional Richard B. Russell de almuerzo escolar (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información en este formulario. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, nuestra agencia no podrá recibir tasas de reembolso más altas por las comidas servidas a sus hijos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario a menos que: El HSIS sea solo para su niño(s) de crianza; usted indica un número de caso por recibir FoodShare WI, el programa de asistencia en efectivo WI Works Cash Assistance Program, o FDIPIR; o cuando el miembro del grupo familiar que firma el HSIS marca la casilla "Ninguno" por no tener un n.º de SS.

Compartir la información de elegibilidad: La información de elegibilidad de los niños se podrá compartir, de acuerdo con los requisitos de protección de divulgación sin notificación previa, con programas de educación, salud y nutrición para evaluar su elegibilidad para recibir beneficios. La ley nos permite compartir la información de elegibilidad de sus hijos con programas como Medicaid o BadgerCare para garantizar su acceso a un seguro de salud gratuito o de bajo costo, **a menos que nos pida que no lo hagamos.** Esta información solo de podrá usar para determinar la elegibilidad para sus programas; si sus hijos son elegibles, ellos podrían ponerse en contacto con usted para ofrecerle sus opciones de inscripción. Por favor tenga en cuenta que rellenar este HSIS no inscribe automáticamente a sus hijos en esos programas. **Si no quiere que compartamos su información con esos programas, por favor notifiquenoslo por escrito. Esta notificación no cambiará si las comidas de sus hijos son elegibles para el reembolso por comida.** Su información de elegibilidad proporcionada en este HSIS también podría compartirse con auditores para revisiones de programa y funcionarios de la ley para el propósito de investigar violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, ni ejercer represalias o consecuencias por actividad anterior de derechos humanos en algún programa o actividad gestionado o financiado por USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para comunicar la información del programa (por ej., Braille, letra grande, audio cinta, lenguaje de señas estadounidense, etc.), debería comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en idiomas distintos al inglés. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (AD-3027) disponible en internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA e incluir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o la carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Firma del representante del patrocinador

DECLARACIÓN DE TAMAÑO E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)

Para que los proveedores elegibles del censo/datos escolares pueden reclamar a los propios hijos/niños residentes/niños de crianza del proveedor: Complete y envíe a su patrocinador para que establezca la elegibilidad de sus propios hijos, otros niños residentes en su hogar y/o niños de crianza residentes.

Consulte la *Carta para el proveedor* adjunta para las instrucciones sobre cómo completar este formulario.

Nombre y apellido(s) de niño(s) residentes	Nombre/número de proveedor
--	----------------------------

PARTE 1: BENEFICIOS

Si nadie recibe esos beneficios, pase a la PARTE 2

Si algún miembro de su grupo familiar recibe actualmente beneficios de:	Marque la casilla para el beneficio recibido E indique el número de caso <input type="checkbox"/> FoodShare Wisconsin <input type="checkbox"/> Wisconsin Works Cash Assistance <input type="checkbox"/> FDPIR	• NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos (<i>Empieza con 5077</i>) para FoodShare • Los beneficios del subsidio para cuidado de niños WI NO es la asistencia en efectivo WI Works Cash Assistance.
---	---	---

PARTE 2: TAMAÑO E INGRESOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR (Complete a, b y c)

Si completó la PARTE 1, no necesita ingresar la información del grupo familiar y de ingresos abajo.

a) Indique abajo el nombre completo de todos los miembros del grupo familiar, incluido usted y todos los niños. Miembro del grupo familiar: alguien que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco con usted.	b) Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que lo recibe. • Registre cada fuente de ingresos solo una vez. • Marque la casilla para indicar con qué frecuencia recibe cada fuente de ingresos.																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Miembros del grupo familiar</th> <th style="width:5%;">Option al</th> <th style="width:5%;">Edad</th> <th style="width:10%;">Marque si niño de crianza</th> <th style="width:10%;">Marque Si No tiene ingresos</th> <th style="width:10%;">Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben. por huelga, desempleo</th> <th style="width:10%;">Semanal</th> <th style="width:10%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:10%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:10%;">Mensual</th> <th style="width:10%;">Anual</th> <th style="width:10%;">Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal</th> <th style="width:5%;">Semanal</th> <th style="width:5%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:5%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:5%;">Mensual</th> <th style="width:5%;">Anual</th> <th style="width:10%;">Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso</th> <th style="width:5%;">Semanal</th> <th style="width:5%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:5%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:5%;">Mensual</th> <th style="width:5%;">Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>\$</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Miembros del grupo familiar	Option al	Edad	Marque si niño de crianza	Marque Si No tiene ingresos	Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben. por huelga, desempleo	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$							c) N.º total de miembros del grupo familiar: <input style="width:50px;" type="text"/>
Miembros del grupo familiar	Option al	Edad	Marque si niño de crianza	Marque Si No tiene ingresos	Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben. por huelga, desempleo	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual																																																																																																																																																																			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$						\$					\$																																																																																																																																																																									

PARTE 3: TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES

FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS NÚMEROS DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DE UN MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO FAMILIAR (N.º del SS)

Si se completa la Parte 2, el adulto que firma el formulario debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su n.º de SS O marque "Ninguno" si no tiene un n.º de SS.

YO CERTIFICO (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verdadera, y que se han reportado todos los ingresos a menos que la elegibilidad se establezca por recibir FoodShare, WI Works Cash Assistance y/o FDPIR. Entiendo que esta información se entrega en conexión con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de CACFP deben verificar (comprobar) la información. Entiendo que si doy deliberadamente información falsa, el centro podría perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de miembro adulto del grupo familiar	Firma Fecha Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del SS (o marque "Ninguno" si no tiene n.º del SS) ***-**-____ <input type="checkbox"/> Ninguno
Dirección	Número de teléfono durante el día	Correo electrónico

SOLO PARA USO DEL CENTRO – Complete todas las 3 secciones y el Mes efectivo de determinación

Sección 1: Base para determinar la elegibilidad (A o B) A. Tamaño e ingresos del grupo familiar Tamaño total del grupo familiar _____ *Ingreso Total \$ _____ / _____ <small>(\$ monto) (Periodo de tiempo)</small>	Sección 2: Determinación de elegibilidad <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No Elegible	Sección 3: Iniciales del funcionario que decide la determinación y fecha aprobación _____ **Mes efectivo de determinación _____ Mes/Año
B. Beneficios/Crianza <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="checkbox"/> WI Works Cash Assistance <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Niño(s) de crianza		

*Convertir a ingreso anual solo cuando se reporten múltiples frecuencias de pago, usando únicamente estos multiplicadores:

Semanal x 52	Dos veces al mes x 24
Cada 2 semanas x 26	Mensual x 12

** Este formulario expira un año después del Mes efectivo de determinación